

# Certificat Médical

Je, soussigné Docteur

.....

Docteur en médecine, certifie que :

Mr, Mme, Melle.....

Né(e) le .....

Ne présente aucune contre-indication apparente à la **pratique du Swimrun** (efforts prolongés et intenses alternant course à pied et natation en eau libre), **y compris en compétition.**

Fait à : .....Le.....

Signature du médecin :

Tampon du médecin :